

## crise da medicina ou crise da antimedicina<sup>1</sup>

*Michel Foucault*

Como ponto de partida desta conferência, gostaria de me referir a um tema que começa a ser discutido no mundo inteiro: a crise da medicina, ou mesmo a crise da antimedicina. Mencionarei, a respeito, o livro de Ivan Illich *Medical Nemesis — The expropriation of health*,<sup>2</sup> que, tendo em vista a ressonância que obteve e não deixará de crescer nos próximos meses, chama a atenção da opinião pública mundial para o problema do funcionamento atual das instituições do saber e do poder médicos.

Para analisar este fenômeno, porém, partirei de uma data bem anterior, os anos 1940-1945; mais exatamente, o ano de 1942, quando foi elaborado o famoso Plano Beveridge que, na Inglaterra e em muitos outros países, serviu de modelo à organização da saúde depois da Segunda Guerra Mundial.

A data desse Plano tem um valor simbólico. Em 1942, em plena Guerra Mundial, na qual perderam a vida 40 milhões de pessoas, consolida-se não o direito à vida, mas um

direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde. Num momento em que a guerra causava grandes estragos, uma sociedade assume a tarefa explícita de garantir a seus membros não só a vida, mas a vida em boa saúde.

Além desse valor simbólico, a data reveste-se de importância por várias razões:

1. O Plano Beveridge indica que o Estado se encarrega da saúde. Poder-se-ia dizer que não se trata de uma inovação, pois, desde o século XVIII, uma das funções do Estado — se não a fundamental, pelo menos uma importante função — era a de garantir a saúde física dos cidadãos. Creio, entretanto, que até meados do século XX, garantir a saúde significava essencialmente, para o Estado, assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção, bem como de defesa e ataque militares. Até então, a função da medicina de Estado esteve principalmente orientada para finalidades nacionalistas, quando não raciais. Com o Plano Beveridge, a saúde torna-se objeto de preocupação dos Estados não basicamente para eles mesmos, mas para os indivíduos, quer dizer, o direito do homem de manter seu corpo em boa saúde se converte em objeto da própria ação do Estado. Por conseguinte, os termos se invertem: o conceito de indivíduo em boa saúde para o Estado é substituído pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde.

2. Não se trata apenas de uma inversão, no Plano, do direito, e sim do que se poderia chamar de uma moral do corpo. No século XIX, em todos os países do mundo aparece uma copiosa literatura sobre a saúde, sobre a obrigação que têm os indivíduos de garantir sua saúde, a saúde de sua família, etc. O conceito de limpeza, de higiene como limpeza, ocupa um lugar central em todas essas

exortações morais sobre a saúde. São abundantes as publicações que insistem na limpeza como requisito para gozar de boa saúde, ou seja, para poder trabalhar a fim de que os filhos sobrevivam e, por sua vez, assegurem o trabalho social e a produção. A limpeza é a obrigação de garantir uma boa saúde ao indivíduo e àqueles que o rodeiam. A partir da segunda metade do século XX, surge outro conceito. Já não se fala da obrigação da limpeza e da higiene para gozar de boa saúde, mas do direito de estar doente quando se deseje e necessite. O direito a interromper o trabalho começa a tomar corpo e é mais importante do que a antiga obrigação da limpeza que caracterizava a relação moral dos indivíduos com seus corpos.

3. Com o Plano Beveridge, a saúde entra no campo da macroeconomia. As despesas devidas à saúde, à interrupção do trabalho e à necessidade de cobrir esses riscos deixam de ser simplesmente fenômenos que poderiam ser resolvidos com as caixas de pensões ou com os seguros mais ou menos privados. A partir de então, a saúde — ou sua ausência —, o conjunto das condições que permitem assegurar a saúde dos indivíduos converte-se em uma fonte de despesas que, por seu vulto, situa-se no nível das grandes rubricas do orçamento estatal, qualquer que seja o sistema de financiamento. A saúde começa a entrar nos cálculos da macroeconomia. Por intermédio da saúde, das doenças e da maneira como serão cobertas as necessidades de saúde, trata-se de proceder a certa redistribuição econômica. Uma das funções da política orçamentária da maior parte dos países, desde o começo do século XX, era a de assegurar, mediante o sistema de impostos, uma certa equiparação, se não dos bens, ao menos dos rendimentos. Tal redistribuição já não dependeria do orçamento,

mas do sistema de regulação e de cobertura econômica da saúde e das doenças. Ao garantir a todas as pessoas as mesmas possibilidades de se tratar e de eventualmente curar-se, pretendeu-se corrigir em parte a desigualdade de rendimentos. A saúde, a doença e o corpo começam a ter suas bases de socialização e, por sua vez, se convertem em um instrumento de socialização dos indivíduos.

4. A saúde é objeto de uma verdadeira luta política. A partir do fim da guerra e da eleição triunfal dos trabalhistas na Inglaterra, em 1945, não há partido político nem campanha política, em qualquer país desenvolvido, que não levante o problema da saúde e da maneira como o Estado assegurará e financiará os gastos dos indivíduos nesse âmbito. Tanto as eleições britânicas de 1945 quanto as eleições para as caixas de pensões, na França, em 1947, com a vitória dos representantes da Confederação Geral do Trabalho (CGT), assinalam a importância da luta política pela saúde.

Tomando como ponto de referência simbólica o Plano Beveridge, observa-se, no decênio 1940-1950, a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia, uma nova política do corpo. Os historiadores costumam relatar com grande cuidado e meticulosidade o que os homens dizem e pensam, o desenvolvimento histórico de suas representações e teorias, a história do espírito humano. É curioso, no entanto, que sempre tenham ignorado o capítulo fundamental, que seria a história do corpo humano. A meu ver, para a história do corpo no mundo ocidental moderno, deveriam ser selecionados esses anos 1940-1950 como datas de referência que marcam o nascimento desse novo direito, dessa nova moral, dessa nova política, dessa nova economia do corpo. Desde então, o corpo do

indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos de que o próprio Estado deve encarregar-se.

Em tom humorístico, poderíamos fazer uma comparação histórica. Quando o Império Romano se cristianizou, na época de Constantino, pela primeira vez na história do mundo mediterrâneo o Estado se atribuiu a tarefa de cuidar das almas. O Estado cristão não só devia cumprir as funções tradicionais do Império, como permitir que as almas lograssem sua salvação e, inclusive, forçá-las a tanto. Assim, a alma tornou-se um dos objetivos da intervenção estatal. Todas as grandes teocracias, de Constantino às teocracias mitigadas do século XVIII na Europa, foram regimes políticos para os quais a salvação da alma constituía um dos principais objetivos.

Poder-se-ia dizer que atualmente está surgindo o que, na realidade, já se vinha preparando desde o século XVIII, quer dizer, não uma teocracia, mas uma *somatocracia*. Vivemos num regime em que uma das finalidades da intervenção estatal é o cuidado do corpo, a saúde corporal, a relação entre as doenças e a saúde, etc. É justamente o nascimento dessa somatocracia, que desde o começo viveu em crise, o que me proponho a analisar.

No momento em que a medicina assumia suas funções modernas, mediante a estatização que a caracteriza, a tecnologia médica experimentava um de seus raros, mas imensos, progressos. O descobrimento dos antibióticos, isto é, a possibilidade de, pela primeira vez, lutar de modo eficaz contra as doenças infecciosas, é contemporâneo do nascimento dos grandes sistemas de Segurança Social. Foi um progresso tecnológico vertiginoso, no momento em

que se produzia uma grande mutação política, econômica, social e jurídica da medicina.

A partir desse momento se estabelece a crise, com a manifestação simultânea de dois fenômenos: o avanço tecnológico importante, que significou um progresso capital na luta contra as doenças, e o novo funcionamento econômico e político da medicina, sem conduzir, de maneira alguma, ao maior bem-estar sanitário que caberia esperar, e sim a uma curiosa estagnação dos possíveis benefícios resultantes da medicina e da saúde pública. Este é um dos primeiros aspectos da crise que pretendo analisar, fazendo referência a alguns de seus efeitos para mostrar que esse desenvolvimento recente da medicina, sua estatização e socialização — de que o Plano Beveridge dá uma visão geral — são de origem antiga.

De fato, não se deve pensar que a medicina permaneceu, até nossa época, como atividade de tipo individual, contratual, entre o doente e seu médico, e que só recentemente essa atividade individualista da medicina se defrontou com tarefas sociais. Procurarei demonstrar, pelo contrário, que a medicina é, pelo menos desde o século XVIII, uma atividade social. Em certo sentido, a “medicina social” não existe, porque toda a medicina já é social. A medicina foi sempre uma prática social e o que não existe é a medicina “não-social”, a medicina individualista, clínica, do colóquio singular, apenas um mito mediante o qual se defendeu e justificou certa forma de prática social da medicina: o exercício privado da profissão.

Deste modo, se na verdade a medicina é social pelo menos desde sua grande arrancada no século XVIII, a

crise atual não é realmente atual, e suas raízes históricas devem ser procuradas na prática social da medicina.

Conseqüentemente, não colocarei o problema nos termos adotados por Illich ou alguns de seus discípulos: medicina ou antimedicina, devemos conservar ou não a medicina? O problema não deve ser o de se requerer uma medicina individual ou social, mas o do modelo de desenvolvimento da medicina a partir do século XVIII, quando se produziu o que poderíamos chamar de “decolagem” da medicina. Esta “decolagem” sanitária do mundo desenvolvido foi acompanhada de um desbloqueio técnico e epistemológico, de considerável importância, da medicina e de toda uma série de práticas sociais. E são essas formas próprias da “decolagem” que hoje conduzem a uma crise. A questão repousa em saber: 1) qual foi esse modelo de desenvolvimento?; 2) em que medida pode ser corrigido?; e 3) em que medida pode ser atualmente utilizado em sociedades ou populações que não experimentaram o modelo de desenvolvimento econômico e político das sociedades europeias e americanas? Em suma: qual é esse modelo de desenvolvimento?; pode ser corrigido e aplicado em outros lugares?

Passarei a expor alguns dos aspectos dessa crise atual.

### **Cientificidade e eficácia da medicina**

Em primeiro lugar, gostaria de me referir à separação ou à divergência entre a cientificidade da medicina e a positividade de seus efeitos, ou entre a cientificidade e a eficácia da medicina.

Não foi preciso esperar por Illich nem pelos antimédicos para saber que uma das propriedades e uma das capacidades da medicina é a de matar. A medicina mata, sempre matou e sempre se teve consciência disso. O importante é que, até tempos recentes, os efeitos negativos da medicina se mantinham inscritos no registro da ignorância médica. A medicina matava porque o médico era ignorante ou porque a própria medicina era ignorante; não era uma verdadeira ciência, mas apenas uma rapsódia de conhecimentos mal fundados, mal estabelecidos e verificados. A nocividade da medicina era avaliada em proporção à sua não-cientificidade.

Porém, o que aparece desde os começos do século XX é o fato de que a medicina pode ser perigosa não na medida de sua ignorância e falsidade, mas na de seu saber, na medida em que ela constitui uma ciência.

Illich e os que nele se inspiram revelaram uma série de dados sobre esse tema, mas não estou seguro de que todos estejam bem elaborados. É preciso deixar de lado diversos resultados espetaculares para uso jornalístico. Por isso, não me estenderei quanto à considerável redução da mortalidade correlata à greve de médicos em Israel; nem mencionarei fatos bem registrados, mas cuja elaboração estatística não permite definir nem descobrir do que se trata. É o caso da investigação realizada pelos *National Institutes of Health* (EUA), segundo a qual 1.500.000 pessoas foram hospitalizadas, em 1970, por causa da ingestão de medicamentos. Estes dados estatísticos são pavorosos, mas não provam grande coisa, pois nada dizem acerca da maneira como foram administrados esses medicamentos, quem os consumiu, em consequência de que ação médica, em que contexto médico, etc. Tampouco analisarei a

famosa pesquisa de Robert Talley, que demonstrou que 30.000 estadunidenses morreram em hospitais no ano de 1967 devido a intoxicações medicamentosas. Tudo isso, tomado assim em bloco, não tem uma grande significação e não é capaz de fundamentar uma análise satisfatória. É preciso conhecer outros fatores. Por exemplo, saber de que maneira foram administrados esses medicamentos, se em consequência de um erro médico, do pessoal hospitalar ou do próprio doente, etc. Deixarei igualmente de lado as estatísticas relativas a operações cirúrgicas, particularmente certos estudos sobre histerectomias praticadas na Califórnia, os quais mostram que, em 5.500 casos, 14% das intervenções revelaram-se inúteis, que uma quarta parte das pacientes era de mulheres jovens e que apenas em 40% dos casos se pôde determinar a necessidade da operação.

Todos esses fatos, aos quais o material recolhido por Illich deu grande notoriedade, se devem à habilidade ou ignorância dos médicos, sem pôr em questão a própria medicina em sua cientificidade.

Resulta muito mais interessante, por outro lado, e levanta o verdadeiro problema, o que se poderia denominar não iatrogenia, mas iatrogenia positiva, os efeitos medicamente nocivos devidos não a erros de diagnóstico nem à ingestão acidental de substâncias, mas à própria ação da intervenção médica no que ela tem de fundamento racional. Atualmente, os instrumentos de que dispõem os médicos e a medicina em geral, justamente por sua eficácia, provocam certo número de efeitos, alguns puramente nocivos e outros não controláveis, que fazem a espécie humana entrar em uma história aleatória, em um campo de probabilidades e riscos cuja magnitude não se pode medir com precisão.

Sabe-se, por exemplo, que o tratamento anti-infeccioso, a luta levada a cabo com o maior êxito contra os agentes infecciosos, levou a uma diminuição geral do limiar de sensibilidade do organismo aos agentes agressores. Isso significa que, na medida em que o organismo sabe se defender melhor, ele se protege naturalmente, porém, por outro lado, fica mais descoberto e exposto, caso se impeça o contato com os estímulos que provocam as reações de defesa.

De maneira mais geral, pode-se afirmar que pelo próprio efeito dos medicamentos — efeito positivo e terapêutico — produziu-se uma perturbação, para não dizer uma destruição, do ecossistema não só do indivíduo, mas da própria espécie humana. A cobertura bacilar e viral, que constitui um risco, mas ao mesmo tempo uma proteção para o organismo, aquilo com que ele funcionou até então, sofre uma alteração pela intervenção terapêutica e fica sujeita a ataques contra os quais o organismo estava protegido.

Em última análise, não se sabe a que levarão as manipulações genéticas efetuadas no potencial genético das células vivas, nos bacilos ou nos vírus. Tornou-se tecnicamente possível fabricar agentes agressores do organismo humano para os quais não há meios de defesa nem de destruição. É possível que se forje uma arma biológica absoluta contra o homem e a espécie humana, sem que simultaneamente se desenvolvam os meios de defesa contra essa arma absoluta. Isto fez com que os laboratórios estadunidenses pedissem a proibição das manipulações genéticas que atualmente podem ser realizadas.

Sendo assim, entramos em uma dimensão bastante nova do que se poderia chamar de risco médico. O risco médico, o liame difícil de romper entre os efeitos positivos

e negativos da medicina, não é novo, pois data do momento em que um efeito positivo da medicina foi acompanhado, por sua própria causa, de várias consequências negativas e nocivas.

A esse respeito, são abundantes os exemplos na história da medicina moderna, que começa no século XVIII. Nesse século, pela primeira vez a medicina adquiriu força suficiente para conseguir que certos doentes saíssem do hospital. Até a metade do século XVIII, ninguém saía do hospital. Ingressava-se nele para morrer. A técnica médica do século XVIII não permitia que o indivíduo hospitalizado abandonasse a instituição com vida. O hospital era um claustro para morrer, um verdadeiro “morredouro”.

Outro exemplo de um considerável progresso médico acompanhado de uma grande progressão da mortalidade foi a descoberta dos anestésicos e da técnica de anestesia geral, nos anos 1844-1847. A partir do momento em que se pode adormecer uma pessoa, pode-se praticar uma operação cirúrgica, e os cirurgiões da época se entregaram a esse trabalho com grande entusiasmo. Porém, nesse mesmo momento não se dispunha de instrumentos assépticos. A assepsia começa a ser introduzida na prática médica em 1870, e depois da guerra<sup>3</sup> desse mesmo ano e do relativo êxito obtido pelos médicos alemães, converte-se em uma prática corrente em todos os países do mundo.

A partir do momento em que se consegue anestésiar as pessoas, desaparece a barreira do sofrimento — a proteção conferida ao organismo pelo umbral de tolerância à dor — e se pode proceder a qualquer operação. Ora, na ausência da assepsia, não há dúvida de que qualquer operação não apenas constitui um risco, como, quase invariavelmente, será

acompanhada de morte. Durante a guerra de 1870, por exemplo, um célebre cirurgião francês, Guérin, realizou amputações em vários feridos, mas só conseguiu salvar um dos operados; todos os outros morreram. Este é um exemplo típico da maneira como sempre funcionou a medicina, à base de seus próprios fracassos e inconvenientes, e de que não existe um grande progresso médico que não tenha pago o preço das diversas consequências negativas diretamente ligadas ao progresso em pauta.

Este fenômeno característico da história da medicina moderna adquire atualmente uma nova dimensão, na medida em que, até os últimos decênios, o risco médico concernia unicamente ao indivíduo, que poderia morrer no momento em que iria ser curado. No máximo se poderia alterar sua descendência direta, ou seja, o domínio da possível ação negativa limitava-se a uma família ou uma descendência. Na atualidade, com as técnicas de que a medicina dispõe, a possibilidade de modificar o equipamento genético das células não afeta somente o indivíduo ou sua descendência, mas toda a espécie humana. É todo o fenômeno da vida que entra no campo de ação da intervenção médica. Não se sabe ainda se o homem é capaz de fabricar um ser vivo de natureza tal que toda a história da vida, o futuro da vida, se modifique.

Surge, pois, uma nova dimensão de possibilidades médicas que chamarei de questão da bio-história. O médico e o biólogo já não trabalham no nível do indivíduo e de sua descendência; começam a fazê-lo no da própria vida e de suas ocorrências fundamentais. Estamos na bio-história e isso é um elemento muito importante.

Desde Darwin, sabia-se que a vida evoluía, que a evolução das espécies vivas estava, até certo ponto, determinada por acidentes que poderiam ser de índole histórica. Darwin sabia, por exemplo, que o *enclosure*,<sup>4</sup> na Inglaterra, prática puramente econômica e jurídica, modificara a fauna e a flora inglesas. Mas, nessa época, eram as leis gerais da vida que se vinculavam a esse acontecimento histórico.

Em nossos dias, descobre-se algo novo: a história do homem e a vida estão profundamente implicados. A história do homem não continua simplesmente a vida, nem a reproduz; até certo ponto, ela reassume a vida e pode exercer vários efeitos absolutamente fundamentais sobre seus processos. Este é um dos grandes riscos da medicina atual e uma das razões para a espécie de mal-estar que se comunica dos médicos aos doentes, dos técnicos à população em geral, no que tange aos efeitos da ação médica.

Uma série de fenômenos, como o rechaço radical e bu-cólico da medicina em proveito de uma reconciliação não técnica com a natureza, temas como o milenarismo e o temor a um apocalipse da espécie representam de maneira difusa, na consciência das pessoas, o eco, a resposta a essa inquietude técnica que os biólogos e os médicos começam a demonstrar quanto aos efeitos de sua própria prática e do próprio saber. O não-saber deixou de ser perigoso e o perigo radica no próprio saber. O saber é perigoso não somente por suas consequências imediatas no nível do indivíduo ou de grupos de indivíduos, mas no da própria história. Esta é uma das características fundamentais da crise atual.

## Medicalização indefinida

A segunda característica é o que vou chamar de fenômeno da “medicalização” indefinida. Diz-se, frequentemente, que no século XX a medicina começou a funcionar fora de seu campo tradicional, definido pela demanda do doente, seu sofrimento, seus sintomas, seu mal-estar, o que promove a intervenção médica e circunscreve seu campo de atividade, definido por um domínio de objetos denominados *doenças* e que dá um estatuto médico à demanda. É assim que se define o domínio próprio da medicina.

Não há dúvida de que, se esse é seu domínio próprio, a medicina atual foi muito além, por várias razões. Em primeiro lugar, a medicina responde a outro motivo que não a demanda do doente, a qual só acontece em casos bastante limitados. Com frequência bem maior, a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade. Vários exemplos podem ser citados a esse respeito. Atualmente, ninguém é contratado sem o *dictamen* do médico, que examina autoritariamente o indivíduo. Existe uma política sistemática e obrigatória de *screening*, de rastreamento de doenças na população, que não responde a qualquer demanda do doente. Do mesmo modo, em alguns países, a pessoa acusada de haver cometido um delito, quer dizer, uma infração considerada suficientemente grave para ser julgada pelos tribunais, deve obrigatoriamente ser submetida ao exame de um perito psiquiatra — o que, na França, é obrigatório para todo indivíduo posto à disposição das autoridades judiciais, mesmo que seja um tribunal correccional. Estes são somente alguns exemplos de um tipo de intervenção médica bastante familiar, que não provém da demanda do doente.

Em segundo lugar, tampouco o domínio de objetos da intervenção médica se refere às doenças, mas a outra coisa. Citarei dois exemplos. Desde começos do século XX, a sexualidade, o comportamento sexual, os desvios ou anomalias sexuais dizem respeito à intervenção médica, sem que um médico diga, a menos que seja muito ingênuo, que uma anomalia sexual é uma doença. A intervenção sistemática de uma terapêutica de tipo médico sobre os homossexuais dos países do leste europeu é característica da “medicalização” de um objeto que não é, nem para o sujeito nem para o médico, uma doença.

De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente, já não está vinculado exclusivamente às doenças.

De fato, a medicina de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje a medicina está dotada de um poder autoritário com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente.

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade.

Esta é uma das características da medicina atual, embora se possa facilmente demonstrar que se trata de um velho fenômeno, de uma maneira própria de desenvolvimento da “decolagem” médica. Desde o século XVIII, a medicina sempre se ocupou do que não lhe dizia respeito, isto é, de aspectos diferentes dos doentes e das doenças, e justamente assim logrou o desbloqueio epistemológico de finais do século XVIII.

Até os anos 1720-1750, as atividades dos médicos se concentravam na demanda dos doentes e suas doenças. Assim foi desde a Idade Média e pode-se afirmar que os resultados científicos e terapêuticos foram nulos. Até o século XVIII, a medicina não se libertou da estagnação científica e terapêutica em que se encontrava desde a época medieval, quando começou a levar em conta outros campos, distintos dos doentes, quando se interessou por aspectos que não as doenças, e deixou de ser essencialmente clínica para começar a ser social.

Os quatro grandes processos que caracterizam a medicina no século XVIII são os seguintes:

1) Aparecimento de uma autoridade médica que não é simplesmente a autoridade do saber, de uma pessoa erudita que se refere a bons autores. A autoridade médica é uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento. É a manifestação daquilo que os alemães denominavam *Staatsmedizin*, medicina de Estado.

2) Aparecimento de um campo de intervenção da medicina distinto das doenças: o ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos etc. Tudo isso se converte, no século XVIII, em objeto da medicina.

3) Introdução de um aparelho de medicalização coletiva, o hospital. Antes do século XVIII, o hospital não era uma instituição de medicalização, mas de assistência aos pobres que estavam para morrer.

4) Introdução de mecanismos de administração médica: registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc.

Com base no hospital e em todos esses controles sociais, a medicina pôde ganhar impulso e a medicina clínica adquiriu dimensões totalmente novas. À medida que a medicina se converteu em uma prática social em lugar de individual, abriram-se possibilidades à anatomia patológica, à grande medicina hospitalar e aos progressos que os nomes de Bichat, Laënnec, Bayle, etc. simbolizam.

Portanto, a medicina que se dedica a outros campos que não as doenças e segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente é um velho fenômeno que faz parte das características fundamentais da medicina moderna.

Mas o que caracteriza, nesta curva geral, o período presente é que a medicina dos últimos decênios, além de se ocupar de coisas diversas dos doentes e doenças, começa a não mais ter campo exterior.

No século XIX, a medicina havia ultrapassado os limites dos doentes e das doenças, mas ainda existiam coisas que continuavam a ser — não médicas — e pareciam não “medicalizáveis”. A medicina tinha um exterior e se podia conceber a existência de uma prática corporal, uma higiene, uma moral da sexualidade, etc., não controladas nem codificadas pela medicina. A Revolução Francesa,

por exemplo, concebeu uma série de projetos de moral do corpo, de higiene do corpo, que não deveriam, de modo algum, estar sob controle dos médicos: concebia-se uma espécie de regime político feliz, em que a gestão do corpo humano, a higiene, a alimentação ou o controle da sexualidade corresponderiam a uma consciência coletiva ou espontânea. Este ideal de uma regulação não médica do corpo e da conduta continuou durante o século XIX e é encontrado, por exemplo, em Raspail.

Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso.

Gostaria de dar um exemplo a esse respeito: Illich e seus seguidores mostram que a medicina terapêutica, que inter-vém para responder a uma sintomatologia e bloquear os sintomas aparentes das doenças, é uma má medicina. Contrapõem-lhe uma arte desmedicalizada da saúde, a higiene, a alimentação, o ritmo de vida, as condições de trabalho, a moradia etc. Ora, o que é atualmente a higiene senão uma série de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico, quando não é a própria autoridade médica, em sentido estrito, a portadora ou o centro de elaboração? A antimedicina só pode contrapor à medicina fatos ou projetos revestidos de certa forma de medicina.

Vou citar outro exemplo, no campo da psiquiatria. Pode-se afirmar que a primeira forma de antipsiquiatria foi a psicanálise, que, ao final do século XIX, constituiu um projeto de desmedicalização de vários fenômenos que a

grande sintomatologia psiquiátrica do mesmo século classificara como doenças. Tal antipsiquiatria é a psicanálise não só da histeria e da neurose, que Freud tentou retirar dos psiquiatras, mas igualmente do conjunto da conduta cotidiana, atualmente objeto da atividade psicanalítica. E se hoje se opõe à psicanálise uma antipsiquiatria ou uma antipsicanálise, trata-se, ainda, de uma atividade e de um discurso de tipo médico, mais ou menos elaborados em uma perspectiva médica ou à base de um saber médico. Não se consegue sair da medicalização e todos os esforços nesse sentido remetem a um saber médico.

Finalmente, gostaria de citar outro exemplo, no campo da criminalidade e da perícia psiquiátrica em matéria de delitos. A questão colocada nos códigos penais do século XIX consistia em determinar se um indivíduo era um doente mental ou um delinquente. Não se pode, segundo o código francês de 1810, ser ao mesmo tempo delinquente e louco. Aquele que é louco não é delinquente e o ato cometido é um sintoma, não um delito; portanto, não cabe condenação.

Ora, atualmente, o indivíduo considerado delinquente e que, como tal, vai ser condenado, é submetido a exame como se fosse demente e, em definitivo, é sempre condenado, de certo modo, como louco. Assim demonstra-se o fato de que, ao menos na França, não se pergunta ao perito psiquiatra chamado pelo tribunal se o sujeito foi responsável pelo delito. A pergunta se limita a averiguar se o indivíduo é ou não perigoso.

E qual é esse conceito de perigo? De duas, uma: ou o psiquiatra responde que o sujeito não é perigoso, quer dizer, não é doente nem exhibe qualquer sinal patológico, e que, não sendo perigoso, não há razão para condená-lo

(sua não-patologização deve acarretar a supressão da condenação); ou o médico afirma que o indivíduo é perigoso, pois teve uma infância frustrada, seu superego é débil, não tem noção da realidade, mostra uma constituição paranoíca, etc. Neste caso, o indivíduo foi “patologizado” e se o pode então castigar, e se o castigará na medida em que foi identificado como doente. Assim, pois, a velha dicotomia que, nos termos do código, qualificava o sujeito como delinquente ou como doente, ficou definitivamente eliminada. Agora só há duas possibilidades: ou a de um *pouco doente*, sendo verdadeiramente delinquente; ou a de um *pouco delinquente*, sendo um verdadeiro doente. O delinquente não escapa da patologia. Recentemente, na França, um ex-prisioneiro escreveu um livro para fazer as pessoas compreenderem que, se roubou, não foi porque sua mãe o desmamou cedo demais, nem porque seu superego é débil, tampouco porque sofre de paranóia, mas porque lhe deu na telha roubar e ser ladrão.

A preponderância concedida à patologia se converte em uma forma geral de regulação da sociedade. A medicina já não tem campo exterior. Fichte falava de “Estado comercial fechado” para descrever a situação da Prússia em 1810. Poder-se-ia dizer, quanto à sociedade moderna, que vivemos em “Estados médicos abertos”, em que a dimensão da medicalização já não tem limite. Certas resistências populares à medicalização devem-se justamente a essa predominância perpétua e constante.

## **Economia política da medicina**

Por fim, gostaria de expôr outra característica da medicina moderna: o que se poderia chamar de economia política da medicina.

Tampouco se trata de um fenômeno recente, pois desde o século XVIII a medicina e a saúde foram apresentadas como problema econômico. A medicina surgiu no final do século XVIII por exigências econômicas. Não se deve esquecer que a primeira grande epidemia estudada na França no século XVII e que deu lugar a uma coleta nacional de dados não era realmente uma epidemia, mas uma epizootia. Tratava-se de uma mortandade catastrófica em uma série de rebanhos no sul da França, o que contribuiu para a origem da Sociedade Real de Medicina. A Academia da Medicina, na França, nasceu de uma epizootia, e não de uma epidemia, o que demonstra que foram problemas econômicos os que motivaram o começo da organização dessa medicina.

Pode-se dizer, também, que a grande neurologia de Duchenne de Boulogne, de Charcot, etc. nasceu com os acidentes ferroviários e os acidentes de trabalho ocorridos em torno de 1860, no momento em que se levantava o problema dos seguros, da incapacidade para o trabalho, da responsabilidade civil dos empregadores ou dos transportadores etc. A base econômica da medicina moderna esteve presente em sua história.

Porém, o peculiar na situação atual é que a medicina se vinculou aos grandes problemas econômicos através de um aspecto diferente do tradicional. Outrora, o que se pedia à medicina era o efeito econômico de dar à sociedade indivíduos fortes, isto é, capazes de trabalhar, de assegurar a constância da força de trabalho, seu melhoramento e re-

produção. Recorreu-se à medicina como um instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho para o funcionamento da sociedade moderna.

Atualmente, a medicina encontra a economia por outra via. Não simplesmente porque é capaz de reproduzir a força de trabalho, mas porque pode produzir diretamente riqueza, na medida em que a saúde constitui objeto de desejo para uns e de lucro para outros. Tendo-se convertido em objeto de consumo que pode ser produzido por uns — laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. — e consumido por outros — os doentes potenciais e atuais —, a saúde adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado.

O corpo humano se introduziu duas vezes no mercado: a primeira através do assalariado, quando o homem vendeu sua força de trabalho, e a segunda por intermédio da saúde. O corpo humano, portanto, entra novamente em um mercado econômico enquanto suscetível às doenças e à saúde, ao bem-estar e ao mal-estar, à alegria ou ao sofrimento; na medida em que é sede de sensações, desejos, etc.

Desde o momento em que o corpo humano entra no mercado por intermédio do consumo de saúde, aparecem vários fenômenos que causam disfunções no sistema da saúde e da medicina contemporânea.

Contrariamente ao que caberia esperar, a introdução do corpo humano e da saúde no sistema de consumo e de mercado não elevou, correlativa e proporcionalmente, o nível de saúde. A introdução da saúde em um sistema econômico que podia ser calculado e medido indicou que o nível de saúde não operava, efetivamente, como o nível de vida. Enquanto o nível de vida se define pela capacidade de consumo dos indivíduos, fazendo o crescimento do

consumo aumentar igualmente o nível de vida, o nível de saúde não melhora na proporção do aumento do consumo médico. Os chamados economistas da saúde estudaram vários fatos dessa natureza. Charles Levinson, por exemplo, em um estudo sobre a produção da saúde datado de 1964, indicou que, para 1% de aumento de consumo de serviços médicos, o nível de mortalidade decresceu 0,1% — desvio que pode ser considerado normal, mas que só ocorre em um meio puro e fictício. Desde que se coloca o consumo médico no meio real, observa-se que as variações do meio, em particular o consumo de alimentos, a educação e a renda familiar são fatores que influem mais do que o consumo médico sobre a taxa de mortalidade. O aumento dos rendimentos, por exemplo, pode exercer um efeito negativo sobre a mortalidade e este efeito é duas vezes maior do que o do consumo de medicamentos. Ou seja, se os rendimentos aumentam na mesma proporção que o consumo de serviços médicos, o benefício representado pelo aumento do consumo médico será anulado e invertido pelo pequeno aumento dos rendimentos. De modo análogo, a educação age sobre o nível de vida em uma proporção duas vezes e meia maior do que o consumo médico. Para uma vida longa, por conseguinte, um nível de educação é preferível ao consumo médico.

Sendo assim, se o consumo médico for colocado no conjunto das variáveis que podem agir sobre a taxa de mortalidade, se observará que é o fator mais débil de todos. Estatísticas de 1970 indicam que, malgrado um aumento constante do consumo médico, a taxa de mortalidade, que é um dos mais importantes indicadores de saúde, não diminuiu e permanece maior para os homens do que para as mulheres.

Vê-se, portanto, que o nível de consumo médico e o nível de saúde não estão em relação direta, o que revela um paradoxo econômico: o de um crescimento de consumo não acompanhado de qualquer fenômeno positivo do lado da saúde, da morbidade e da mortalidade. Outro paradoxo dessa introdução da saúde na economia política é o fato de que as transferências sociais esperadas do sistema de seguro social não desempenham o papel desejado. De fato, a desigualdade de consumo dos serviços médicos é quase tão grande quanto antes. Os mais ricos continuam a utilizar os serviços médicos muito mais que os pobres, como ocorre hoje na França, o que faz com que os consumidores mais fracos, isto é, os mais pobres, paguem com suas contribuições o sobreconsumo dos mais ricos. Por extensão, as investigações científicas e a maior parte do equipamento hospitalar mais valioso e caro são financiados com a cota do seguro social, ao passo que os setores nas mãos da medicina privada são os mais rentáveis, já que tecnicamente menos complicados. O que se chama, na França, de hotelaria hospitalar, isto é, uma breve hospitalização por razões leves, como uma pequena operação, pertence ao setor privado, que é assim sustentado pelo financiamento coletivo e social das doenças.

Vemos, assim, que a equiparação do consumo médico esperada do seguro social adulterou-se em favor de um sistema que tende, cada vez mais, a restabelecer as grandes desigualdades frente à doença e à morte que caracterizavam a sociedade do século XIX. Hoje, a igualdade de direitos quanto à saúde passa por uma engrenagem que o converte em uma desigualdade.

Coloca-se para os médicos o seguinte problema: qual é o destino do financiamento social da medicina, do lucro

derivado da saúde? Aparentemente esse financiamento passaria para os médicos, mas não é o que de fato acontece. A remuneração recebida pelos médicos, por importante que seja em certos países, nada representa em meio aos benefícios econômicos derivados da doença e da saúde. Os grandes lucros da saúde vão para as empresas farmacêuticas. Com efeito, a indústria farmacêutica é sustentada pelo financiamento coletivo da saúde e da doença, por mediação das instituições de seguro social que obtêm fundos das pessoas que devem obrigatoriamente se proteger contra as doenças.

Se esta situação ainda não está bem presente na consciência dos consumidores de saúde, ou seja, dos assegurados sociais, os médicos a conhecem perfeitamente. Estes profissionais, cada vez mais, se dão conta de que estão se convertendo em intermediários quase automáticos entre a indústria farmacêutica e a demanda do cliente, quer dizer, em simples distribuidores de medicamentos e medicação.

Vivemos uma situação em que certos fatos foram levados a um paroxismo. E esses fatos, no fundo, são os mesmos de todo o desenvolvimento médico do sistema desde o século XVIII, quando surgiu uma economia política da saúde, quando apareceram os processos de medicalização generalizada, os mecanismos da bio-história. A dita crise atual da medicina nada mais é do que uma série de fenômenos suplementares exacerbados que modificam alguns aspectos da curva, mas que não a criaram.

A situação atual não deve ser considerada em função de medicina ou antimedicina, de interrupção ou não dos custos, de volta ou não a uma espécie de higiene natural, ao bucolismo paramédico. Estas alternativas carecem de sentido. O que tem sentido, em compensação, e por isso

certos estudos históricos podem apresentar alguma utilidade, é tentar compreender em que consistiu a “decolagem” sanitária e médica das sociedades de tipo europeu a partir do século XVIII. Importa saber qual foi o modelo utilizado e em que medida pode ser modificado; e, finalmente, no caso das sociedades que não conheceram esse modelo de desenvolvimento da medicina — as que, por sua situação colonial ou semicolonial, só tiveram uma relação remota ou secundária com essas estruturas médicas e agora pedem uma medicalização, à qual têm direito porque as doenças infecciosas afetam milhões de pessoas e não seria válido empregar, em nome do bucolismo antimédico, o argumento de que, quando esses países não sofrerem mais essas infecções, experimentarão doenças degenerativas, como na Europa —, o problema é averiguar se o modelo de desenvolvimento médico da Europa, a partir dos séculos XVIII e XIX, deve ser reconstituído ou modificado, e em que medida isso deve ser feito para ser aplicado de forma eficaz nessas sociedades sem que produzam consequências negativas.

Por isso, creio que a revisão da história da medicina que pretendo realizar com vocês tem certa utilidade: trata-se de apreender melhor não tanto a crise atual da medicina, que é um falso conceito, mas qual foi o modelo de desenvolvimento histórico dessa disciplina desde o século XVIII, para saber em que medida pode ser modificado.

É o mesmo problema que se coloca aos economistas modernos, que se viram obrigados a estudar a “decolagem” econômica da Europa a partir dos séculos XVII e XVIII para ver se esse modelo de desenvolvimento podia ser adaptado a sociedades ainda não industrializadas.

São necessários o orgulho e a modéstia dos economistas para afirmar que a medicina não deve ser rechaçada nem adotada enquanto tal; que a medicina faz parte de um sistema histórico; que ela não é uma ciência pura; que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder; e que é necessário trazer à luz os vínculos entre a medicina, a economia, o poder e a sociedade para determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo.

Tradução do espanhol por Heliana Conde.

## Notas

<sup>1</sup> Primeira conferência proferida, em outubro de 1974, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), atual UERJ. Até o momento não fora publicada em português. Duas edições em espanhol datam de 1976, a saber: “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina?” in *Educación médica y salud*, vol. 10, n. 2, 1976, pp. 152-170 e “Crisis de um modelo en la medicina?” in *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, n. 3, 1976, pp. 197-209. A edição em francês, incluída no vol. III de *Dits et Écrits*, embora aponte à segunda dessas referências em espanhol, efetivamente se baseia na primeira delas, bem como a presente tradução em português.

<sup>2</sup> Ivan Illich. *Medical Nemesis — The expropriation of health*. Londres, Calder and Boyars, 1975.

<sup>3</sup> Foucault se refere à Guerra Franco-prussiana (1870-71). (N. E.)

<sup>4</sup> Foucault se refere ao processo conhecido, em português, como “cercamento”, pelo qual a nobreza rural inglesa, nos séculos XVII e XVIII, passou a efetivamente cercar campos sob seu controle, com o objetivo de arrendá-los, principalmente, para a criação de ovelhas a fim de fornecer lã à nascente indústria têxtil. Com os “cercamentos”, numeroso contingente de camponeses foi expulso do campo, indo para a cidade para constituir aquilo que viria a ser o proletariado e o lumpem proletariado da era industrial. (N. E.)

*Resumo*

*O artigo é a transcrição de uma conferência dada por Michel Foucault, no Rio de Janeiro, em 1974, nunca antes publicada no Brasil. Na conferência, Foucault sustenta que a prática médica é sempre social e não privada. Nesse sentido, a medicina investe diretamente na saúde geral das populações, para além do campo específico das doenças, a fim de prevenir anomalias e para promover o normal. Nos dias de hoje, não haveria campo da vida humana e social que não tivesse sido convertida em algo de ação médica. Foucault anuncia sua intenção de problematizar a prática contemporânea da medicina, longe da pretensão de defender um certo tipo de medicina verdadeira ou correta.*

*palavras-chave: medicina social, medicalização, antimedicina.*

*Abstract*

*The article is the transcription of a lecture given by Michel Foucault in Rio de Janeiro, in 1974, for the first time published in Brazil. In that lecture, Foucault stands that the medical practice is always social, not private. In that sense, medicine invests directly on general health, beyond the diseases themselves, to prevent anomalies and to promote the normal. Nowadays there is no field in human and social life that would not have been converted in object of medical action. Foucault announces his intention to problematize the contemporary practice of medicine, away from the pretension to defend a certain type of true or correct medicine.*

*keywords: social medicine, medicalization, antimedicine.*

*Recebido para publicação em 20 de agosto de 2010. Confrimado em 11 de setembro de 2010.*